القلق وعلاقته بالإصابة فى الرأس لدى الأطفال

د. صلاح الدين عبد الغنى عبود
مدرس الصحة النفسية
كلية التربية جامعة ٦ أكتوبر

د. مها عبدالغنى عبود
أخصائى طب الأطفال
مستشفى الساحل التعليمى

مقدمة

القلق ظاهرة طبيعية، إلا إذا كان قلقًا مرَضيًا.. كذلك القلق الذى ينتشر فى هذا العصر الذى نعيش فيه، والذى تتزايدُ فيه المواقف التى تهدد حياة الإنسان، وتدفع إلى توتُّره، وتعوق تحقيق حاجاته.. وتختلف حِدّة هذا القلق وآثاره التدميرية باختلاف المرحلة العمرية للإنسان.

والقلق كظاهرة إنسانية - هو - من ناحية - محرك أولىّ للسلوك، وطاقة دافعة للحياة النفسية، تنشيطًا وتوجيهًا، فالقلق حقيقة من حقائق الوجود الإنسانى، وجانب دينامى فى بناء الشخصية، ومتغير من متغيرات السلوك، وهو - من ناحية أخرى - مكوّن أساسى للاضطرابات الشخصية وانحرافات السلوك (فيولا الببلاوى، ١٩٨٧، ص٥).

والقلق - فى علم النفس الحديث - مكانة بارزة، فهو المفهوم المركزى فى علم الأمراض النفسية والعقلية، والعرض الجوهرى فى الاضطرابات النفسية، بل وفى أمراض عضوية شتى، حيث يُعدّ القلق محور العُصاب والاضطراب النفسى، كما أنه السمة المميزة لعديد من الاضطرابات السلوكية والنفسية (مجدى عبدالكريم، ١٩٩١، ص١٦٢).

وتتميز مرحلة الطفولة المتأخرة بتحرر الأطفال قليلاً من اعتمادهم على الكبار، وبزيادة النشاط الحركى لديهم، وبميلهم إلى الجرى والقفز والتسلق واللعب.. وتتجه مشاعر الأطفال وانفعالاتهم نحو الجماعات المحيطة بهم من الأقران، مثل الجماعة الرياضية، وجماعة الرفاق فى الحىّ، وزملاء الدراسة.. ويستغرق النشاط الاجتماعى معظم وقت الأطفال.

وهناك العديد من الأسباب التى يمكن أن تُسبّب القلق للفرد فى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة، أهمها مشاعر الفشل التى قد تصيبه، سواء كان ذلك فى المدرسة أو فى العمل، إذا كان الفرد يعمل فى هذه السن.. كذلك يمكن أن يؤدى إلى القلق لدى الأطفال، الخوفُ من الإصابات الجسمية التى قد يتعرض لها، وكذلك الخوف من المواقف الاجتماعية المؤثرة، حيث يؤدّى ذلك كله إلى حدوث القلق فى هذه المرحلة العمرية (محمود حمودة، ١٩٩١، ص٦١).

وتُعتبر إصابة الرأس من الأسباب الرئيسية للقلق لدى الأطفال، بسبب التغيّرات السلوكية المصاحبة للإصابة، فهى تمثل عامل خطورة بالنسبة للمشكلات النفسية والسلوكية والتفاعلية والوظيفية.

مشكلة الدراسة:

يرى فرويد Freud أن الأعراض النفسية هى وسيلة التعبير عن القلق غير المحتمل، بالإضافة إلى كونها الوسيلة التى يحاول بها المريض إبعاد القلق، أو التخلّص منه.

كما يُعتبر الارتباك والعجز الذى يشعر به الفرد، من أكثر مظاهر القلق، أو على حد تعبير ماى May: إن هذا مايفعله القلق بالإنسان.. يُفقده القدرةَ على معرفة ماهيّته، وماذا يكون، كما يشوش رؤيته للواقع من حوله.. وهذا الارتباك وعدم التيقن هو من أشد ما يخلّفه القلق فى الإنسان (ماى May، ١٩٥٠، ص٢٦).

وغالبًا ما يهتم الأطباء والأسرة بالآثار الجانبية العضوية لإصابات الرأس، ويُهملون الجانب النفسى على الرغم من أهميته، فالإصابات فى الرأس تؤدى إلى اختلال فى الناحية النفسية، إضافة إلى الناحية العضوية للأطفال المصابين بطبيعة الحال.. فقد أوضح روتر وزملاؤه (Rutter et al., 1970) أن المشكلات النفسية للأطفال

الذين أُصيبوا بإصابات فى الرأس تتضاعف نِسبتها بمعدل خمس مرات عنها بالنسبة للأطفال العاديين.. كما أوضح ماكس (Max, 1997) أن إصابة الأطفال تؤدى - على المدى البعيد - إلى شعورهم بالقلق، وازدياد المخاوف المَرضية، وزيادة الضغوط العصبية، وأوضح مِنكس (Menkes, 1995) أن بعض الأطفال - فى فترة ما بعد الإصابة فى الرأس - يسلكون سلوكًا شاذًا، حيث تزيد لديهم حدة القلق، ويُبدون انخفاضًا فى نسبة الذكاء، واختلالاً فى الوظائف المعرفية، وانخفاضًا فى مستوى التحصيل الدراسى، إلى جانب انسحاب الطفل اجتماعيًا.

كما تؤكد معظم الدراسات أن حوالى ٨٠٪ من الأطفال المصابين بإصابات مختلفة فى الرأس لا تظهَر عليهم تغيرات سلوكية بعد الإصابة مباشرة، وإنما تبدأ هذه التغيرات السلوكية فى الظهور بعد ثلاثة أشهر.. ومن هذه التغيرات: النشاطُ الزائد، والعدوانية، والقلق، وقلة الدافعية، والسلوك الانسحابى.. كما تزداد هذه التغيرات وتصبح ملحوظة بعد مرور سنتين من الإصابة، مثل دراسة بلاك وزملائه (Black et al., 1981) ودراسة ميشاود وزملائه (Michaud et al., 1993)، ودراسة بونسفورد وزملائه (Ponsford et al., 1999)، ودراسة أندرسون وزملائه (Anderson et al., 2000).

هدف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين القلق وإصابة الرأس البسيطة والمتوسطة لدى الأطفال.

مصطلحات الدراسة:

لعل أكثر المصطلحات فى الدراسة حاجة إلى التحديد، مصطلحان اثنان، أولهُما مصطلح القلق، والثانى مصطلح إصابة الرأس.

١- القلق Anxiety:

هو خبرة انفعالية غير سارّة يعانى منها الفرد عندما يشعر بخوف، أو تهديد من شىء لا يستطيع تحديده تحديدًا واضحًا.. وغالبًا ما تصاحب هذه الحالة بعض التغيرات الفسيولوجية (عبدالسلام عبدالغفار، ١٩٩٠، ص١١٩). ويؤثر هذا القلق سلبًا على الطفل، ويقلل من قدرته على إظهار شخصية سويّة متزنة.

ويمكن تعريف القلق - إجرائيًا - بأنه الدرجة التى يحصل عليها الطفل من حيث المتغيرات المَقيسة فى مقياس القلق، والتى تتحدد فى الدراسة الحالية فى المظاهر الفسيولوجية، والمظاهر الانفعالية، والمظاهر العقلية، والمظاهر الاجتماعية.. وفيما يلى تحديد كل منها:

أ- المظاهر الفسيولوجية للقلق: وتتمثل فى عدد من العمليات الفسيولوجية، كآلام المعدة، واحمرار الوجه، والإحساس بالصداع، وسرعة ضربات القلب، وإفراز العرق، وصعوبة التنفس، والإحساس بالتعب والإجهاد، وغيرها من المظاهر الفسيولوجية، التى قد تندرج تحت ما يُعرَف بالأعراض السيكوسوماتية، التى هى أعراض جسمية المظهر، نفسية المنشأ.

ب- المظاهر الانفعالية للقلق :وهى مظاهر ذات مضمون انفعالى، كالأحلام المُزعجة، وسُرعة الغضب، والعصبية، والإحساس بالضيق

والتبرُّم، والحساسية الانفعالية.. وتظهَر المخاوف المرضية بشكل واضح، كمكوّن رئيسى من مكونات القلق عند الأطفال.

جـ- المظاهر العقلية للقلق: وهى مظاهر تتبدَّى فى تأثير القلق على الأداء العقلى، كما يتضح فى صعوبة التركيز فى الدراسة، وفى صعوبة إعمال العقل فى أنشطة مختلفة، وفى اضطراب التفكير، وفيما يرتبط بذلك من إحساس بالقلق إزاء العمل المدرسى لدى الأطفال.

د- المظاهر الاجتماعية للقلق: وهى تنتُج عن تأثير القلق على السلوك الاجتماعى لدى الأطفال، مثل الإحساس بالوحدة أو العزلة، واضطراب العلاقة مع الوالدين والأقران، وسوء الإدراك الاجتماعى للآخرين.

٢- إصابة الرأس Traumatic Brain Injury:

تعرّف إصابة الرأس بأنها تَلف حيوى، أو قصور وظيفى، بالمحتوى المخّى للفرد المُصاب (ميشود وزملائه Michaud et al.، ١٩٩٣، ص١٠٤٨). ويُستخدم مقياس جلاسكو للغيبوبة Glasgow Coma Scale فى قياس هذه الإصابة، فيقسم إصابة الرأس إلى ثلاثة أنواع، حيث تتراوح درجات المُصاب على المقياس فى كل نوع كالآتى:

- إصابة الرأس البسيطة من ١٣ - ١٥ درجة.
- إصابة الرأس المتوسطة من ٩ - ١٢ درجة.
- إصابة الرأس الحادة أقل من ٨ درجات (لانجران Langran، ١٩٩٩، ص٣١).

الإطار النظرى:

تكاد معظم النظريات النفسية أن تتفق على أن القلق - فى جوهره - عبارة عن ردّ فعل الإنسان إزاء التهديد، ولكن هذه النظريات تختلف فى طبيعة هذا التهديد، فيُرجع فرويد Freud القلق إلى التهديد بالخصاء، أو بصدمة الميلاد، ويعزوه أدلر Adler إلى الإحساس بنقص حقيقى أو متخيَّل، يبدّد إرادة القوة لدى الفرد، ويُرجعه يونج Jung إلى الاصطدام بما هو غير معقول، كما يُرجعه سوليفان Sullivan إلى إدراك عدم الاستحسان من الآخرين المعنييّن، ويُرجعه جولدشتين Goldstein إلى مواجهة عمل أو مهمّة، لا تكون معها إمكانيات الفرد كافية أو ملائمة (فيولا الببلاوى، ١٩٨٧، ص٧).

ويتسم الطفل فى الشهور الأولى من عمره بالخوف من الغرباء، وقلق الانفصال عن الأم، والخوف من الأماكن الغريبة عنه.. ويحدث قلق الانفصال نتيجة انفصال الطفل عن الأفراد الذين يتعلق بهم، أو موت أحد الأقارب، أو مرض الطفل، أو عند حدوث تغير فى الجو المحيط بالطفل، أو الانتقال إلى سكن جديد أو مدرسة جديدة (حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٢٧٦).

ويبدأ اضطراب قلق الانفصال لدى الطفل فى سن ما قبل المدرسة الابتدائية، خاصة عند دخول الطفل رياض الأطفال، ويظل يلازمه إلى الصف الثالث أو الرابع الابتدائى، ويمكن أن يظل إلى المرحلة الثانوية من التعليم (محمود حمودة، ١٩٩١، ص١٨٤).

أما السلوكيون، فيعتبرون القلق بمثابة استجابة خوف، تُستثار بمثيرات ليس من شأنها أن تثير

هذه الاستجابة، غير أنها اكتسبت القدرة على إثارة هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلّم سابقة. فاستجابة القلق إذًا استجابة اشتراطية كلاسيكية، تخضع لقوانين التعلُّم التى يتحدث عنها الاشتراطيون، ويُعتبر حدوث هذه الاستجابة أمرًا طبيعيًا (عبدالسلام عبدالغفار، ١٩٩٠، ص١٢٤). ومن هنا يتضح أن القلق - من وجهة نظر المدرسة السلوكية -عبارة عن استجابة انفعالية لخَطر غامض، أو ردّ فعل شرطى لمنبّه مؤلم، وأن السلوكيين يعتمدون فى تفسيرهم للقلق على مبادئ التعلُّم، فيرون القلق استجابة اشتراطية لمثير لا يدعو للخوف أو القلق، ولكن تكرار هذه الاستجابة يؤدى إلى تعميمها حسب الاستعداد الشخصىّ للفرد.

أما المتخصّصون فى علم النفس الاجتماعى، مثل بولسون Poulsom وكاردنر Kardiner وغيرهما، فيرون أن مصدر قلق الإنسان هو عُزلته النفسية، واغترابه عن ذاته، وعن باقى البشر (فروم ريتشمان Fromm-Reichmann، ١٩٦٠، ص١٣١). وأن الطفل يُصاب بنوع من القلق الاجتماعى، يظهر فى المواقف الاجتماعية التى يتعرض فيها الطفل لأشخاص غير مألوفين له.. ويظهر ذلك فى السلوك الاجتماعى الهروبى، ويؤدى إلى الارتباك والشعور بالخزى لدى الطفل، ويظهر القلق الاجتماعى فى عدة أشكال منها الخجل والخواف الاجتماعى (حسن مصطفى، ٢٠٠١، ص٢٧٦).

ويرى أصحاب المنحى الوجودى أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله المستقبل من أحداث، قد تهدد وجود الإنسان، أو تهدد إنسانية الفرد.. وفى هذا اختلاف جذرى بين أصحاب هذا المنحى، وبين كل من مدرسة التحليل النفسى، والمدرسة السلوكية.. فالقلق عند الوجوديين ينشأ مما يخشى الإنسان حدوثه فى المستقبل، ولا ينشأ عن خبرات مرَّت به فى الماضى (عبدالسلام عبدالغفار، ١٩٩٠، ص١٢٦).

والقلق -عند ماى May - هو تخوف الإنسان من تهديد موجّه لقيمة ما، أو مبدأ يعتبره جزءًا أساسيًا من شخصيته، ويرتبط ذلك بالخوف من عدم التقبل من الآخرين بسبب هذا المبدأ (فروم - ريتشمان Fromm-Reichmann، ١٩٦٠، ص١٣٢).

أما إصابة الرأس Traumatic Brain Injury، فإن هناك عوامل كثيرة تتحكم فى حجم الإصابة فى الرأس، منها الاختلاف فى سمك فروة الرأس من فرد إلى آخر، وشكل الجمجمة، فكلما كان التصاق الأم الجافية Dura بالجمجمة أكثر، زادت فرصة تهتك الأم الجافية Dura.. ويؤدى العاملان السابقان (سُمك فروة الرأس، وشكل الجمجمة) إلى تجمُّع دموى فى خارج الأم الجافية Epidura بعد الإصابة بالرأس، كما أن التجمّع الدموى خارج الأم الجافية يمكن أن يحدث بدون كسر فى الجمجمة وخاصة عند الصغار، ويرجع ذلك إلى مرونة الجمجمة عند الأطفال والمراهقين (جادى وزملاؤه Gade et al.، ١٩٩٦، ص١٩٧٥).

وتتم معرفة مدى الإصابة فى الرأس بقياس درجة وعى المُصاب، ومقدرته على الحركة، وشكل حدقة العين، وقياس الضغط والنبض ودرجة الحرارة، كما يلعب الفحص العصبى دورًا مهمًا فى عملية تحديد مدى خطورة الإصابة على المريض، كما يُعتبر وعى الفرد بعد الإصابة من أهمّ العوامل فى تحديد مدى خطورة الإصابة.. ففقدان المُصاب

وعيه يُعتبر مؤشرًا سيئًا على تطور الحالة مستقبليًا (تيرنر Turner، ١٩٩٦، ص٢٦٧١).

ويتم فحص المُصاب فى الرأس باتباع الخطوات التالية:

- فحص الرقبة ومدى الإصابات فيها.
- تقييم درجة الوعى عن طريق مقياس جلاسكو.
- فحص الرأس جيدًا لاكتشاف الجروح والكسور والتجمّعات الدموية.
- فحص عظام الوجه وتحديد مدى الإصابات بها من كسور وخدوش.
- فحص حدقة العين ومدى استجابتها، وكذلك وظائف العصب المخى.
- الفحص العصبى للأطراف، وفحص الأذن، لمعرفة وجود نزيف خلف طبلة الأذن، أو وجود السائل المخى.
- الفحص الشامل للمريض لمعرفة مدى الإصابات المصاحبة (لانجران Langran، ١٩٩٩، ص٢٦).

ويُمكن أن تتحمل جمجمة الرأس لدى الأطفال الكثير من الإصابات دون حدوث كسور بها، أو تلف فى أنسجة المخ.. أما إذا كانت الإصابة قوية، فإنها تؤثر على الجمجمة وأنسجة المخّ (كورى وسكوت Corey & Scott، ١٩٩٥، ص٢٧٧).

وليس كل كسر فى الجمجمة يسببّ إصابة فى المخ، وذلك لأن إصابة المخ تحدث نتيجة لتهتُّك الأعصاب والأوعية الدموية للمخ مباشرة، أو عن طريق وجود كتلة من التجمع الدموى تقوم بالضغط على أنسجة المخ (توماس Thomas، ١٩٩٥، ص٢٧١).

ويُعتبر الرنين المغناطيسى أحدث وأفضل الطرق لتشخيص مدى الإصابة فى الرأس، حيث يتم من خلاله تقسيم إصابة الرأس إلى نوعين، أوّلُهما هو: النوع الأساسى، وينتج عنه ارتجاج فى المخ وتهتُّك فى أنسجته، ويكون تأثير الإصابة خطيراً بالتالى على المُصاب.. أما النوع الثانى فهو النوع الثّانوى، وينتج عنه هبوط فى ضغط الدم، وقلة الأكسجين فى الدم، وتشنجات والتهابات بالمخ، مما يؤدى إلى ارتفاع ضغط السائل المخى، ويكون أقل خطرًا من النوع الأولَ الأساسى (باكى وزملائه Bakay et al.، ١٩٨٠، ص٢٧).

وتُعتبر كسور الجمجمة من المؤشرات المهمّة لإصابات الرأس، كما أنها تدل على وجود تجمّع دموى أسفل فروة الرأس.. أما إذا كانت الأشعة المقطعية للطفل المصابَ طبيعية، فإنه لايوجد احتمال لحدوث مضاعفات مستقبلية لهذا الطفل المُصاب (هوفمان Huffman، ٢٠٠٢، ص٢٦).. ويكون حدوث المضاعفات فى الأطفال أكثر منه فى الشباب، وذلك بسبب المرونة الزائدة للجمجمة، وعدم اكتمال نموّها بالنسبة للأطفال (كورى وسكوت Corey & Scott، ١٩٩٥، ص٢٧٩).

وتتأثر معدلات الإصابة فى الرأس عند الأطفال بعدة عوامل، منها الجنس، وأوقات العام، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة.. فمعدل إصابة الذكور بإصابة الرأس يعادل ضعف إصابة الإناث، كما أن إصابات الرأس تحدث - فى معظم الأحيان - فى فصلى الربيع والصيف، وفى عطلة نهاية الأسبوع، وفى فترة الظهيرة عندما يلعب الأطفال فى الخارج.. كما أن الإقامة فى المناطق المزدحمة، والتصدع الأسرى.. كل هذه العوامل

تؤدى إلى زيادة احتمال إصابة الأطفال بإصابات الدماغ (ميتشود وزملاؤه Michaud et al.، ١٩٩٣، ص١٠٥١).

وتلعب الإصابة فى الرأس دورًا مهمًا فى التغيرات السلوكية والنفسية للطفل، فقد أوضحت العديد من الدراسات أن الإصابة فى الرأس فى مرحلة الطفولة قد تؤدى إلى حدوث الاضطرابات النفسية للأطفال على المدى البعيد، فقد أوضحت دراسة جيبرمان (Guberman, 1994) أن كثيرًا من المصابين بإصابات بسيطة فى الرأس يعانون من اضطرابات طفيفة فى شخصياتهم، بينما المصابون بإصابات متوسطة فى الرأس يعانون من القلق، والإحباط، والانخفاض فى القدرات العقلية، وفى التحصيل العلمى.. إضافة إلى عدم التحكم الانفعالى فى سلوكياتهم على المدى البعيد من الإصابة.. كما أوضحت دراسة ماكس وزملائه (Max et al., 1997) أن الأطفال المصابين بإصابات فى الرأس يُبدُونَ تغيرًا ملحوظًا فى النواحى السلوكية، إلى جانب ظهور بعض الاضطرابات النفسية، مثل القلق، والمخاوف المَرَضية، والسلوك العدوانى، والنشاط الزائد.

الدراسات السابقة

يتضمن هذا الجزء عرضًا لبعض الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحاليّة واهتماماتها الأساسية، ثم يليه خلاصة وتعقيب:

* دراسة ويليَن (Willian, 1988)، التى هدفت إلى الكشف عن المشكلات السلوكية التى تسبِّبها إصابة الرأس، وتكونت عينة الدراسة من ١٠٥ طفلاً كانوا مصابين فى سن مابين ٢ و١٤ سنة.. وتوصلت الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات سلوكية، ونشاط زائد، وقلق، وعدوانية.. وإلى أن النشاط الزائد يكون أكثر عند الأطفال الصغار عنه عند الأطفال ممن هم فى سن متأخرة.. إلا أن الاضطرابات السلوكية عمومًا تكون أكثر تكرُّرًا فى الأولاد عنها فى البنات.

* دراسة باسِن وزملائه (Bassen et al., 1991) التى هدفت إلى الكشف عن الاضطرابات السلوكية لإصابة الرأس عند الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (٦٢) طفلاً تراوحت أعمارهم بين ٦ و١٣سنة.. وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين فى الرأس يعانون من الاكتئاب والانسحاب الاجتماعى والمخاوف المرضية، والقلق، والاعتمادية، والشعور بالذنب.

* دراسة ميشاود وزملائه (Michaud et al.,1993) التى هدفت إلى الكشف عن الآثار الخطيرة لإصابة الرأس على اضطراب السلوك عند الأطفال ، وتكونت عينة الدراسة من (٣٤) طفلاً كانوا مصابين فى الرأس.. وتوصلت الدراسة إلى أن التغير فى الشخصية والسلوك بالنسبة للطفل لاتكون حتمية فى حالات الإصابة البسيطة، وإلى أن المشكلات السلوكية الشائعة هى عدم التركيز، والنشاط الزائد، والعدوانية، وقلة الدافعية، إلى جانب الانسحاب الاجتماعى.

* دراسة مِنكِس (Menkes, 1995) التى هدفت إلى الكشف عن المشكلات السلوكية التى تسببّها إصابة الرأس، وتكونت عينة الدراسة من (٤٧) طفلاً كانوا يعانون من إصابة الرأس المتوسطة، ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ و١٢ سنة.. وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين فى رءوسهم

كانوا يعانون من اضطرابات نفسية، مثل سرعة الغـضب، وسـوء السلوك، واضطرابات النوم، والتبول اللاإرادى، وأن الأسرة والبيئة الاجتماعية تلعب دورًا مهمًا فى زيادة هذه الاضطرابات.

* دراسة ماكس وزملائه (Max et al., 1997) التى هدفت إلى الوقوف على الآثار النفسية التى تُحدثها إصابة الرأس عند الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (٥٣) طفلاً ممن كانت تتراوح أعمارهم بين ٦ و١٣ سنة.. وتوصلت الدراسة إلى أن إصابة الرأس تؤدى - على المدى البعيد - إلى مشكلات نفسية، منها المخاوف المرَضية، والضغوط النفسية.

* دراسة كاتلانى وزملائه (Cattelani et al., 1998) التى هدفت إلى تقييم المشاكل النفسية والعقلية والاجتماعية لدى الأطفال المصابين فى الرأس، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠) طفلاً كانوا مصابين بإصابات بالرأس ممن تتراوح أعمارهم بين ٦ و١٣ سنة، وتوصلت الدراسة إلى أن الاضطرابات الذهنية والوظيفية متكررة عند هؤلاء الأطفال، وأنها لاتتحسن عند بلوغهم سن الشباب، كما لا يتناسب النمو العقلى لهؤلاء الأطفال مع نموّهم الجسمى، وكما تستمر مشكلاتهم النفسية بعد الإصابة لعدّة أعوام.

* دراسة أندرو وزملائه (Andrew et al 1998)، التى هدفت إلى الكشف عن التأثيرات السلوكية والاجتماعية لإصابة الرأس، على عينة مكونة من مجموعتين، الأولى تجريبية تكونت من (٢٧) طفلاً بهم إصابات بالرأس، والثانية ضابطة تكونت من (٢٧) طفلاً من الأسوياء، ممن كانت تتراوح أعمارهم بين ٦ و ١٤ سنة.. وتوصلت الدراسة إلى أن أطفال المجموعة التجريبية يعانون من مستويات متدنية بالنسبة لتوكيد الذات والسلوك التكيُّفى، كما يعانون من معدل مرتفع من الوحدة النفسية، والسلوك غير التوافُقى، والسلوك العدوانى ضدّ المجتمع.

* دراسة بونسفورد وزملائه (Ponsford et al., 1999) التى هدفت إلى الكشف عن العواقب السلوكية والمعرفية الناتجة عن إصابة الرأس البسيطة، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) طفلاً كانوا مصابين بإصابات الرأس البسيطة، ممن تتراوح أعمارهم بين ٧ و١٥ سنة.. وتوصلت الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون بعد أسبوع من الإصابة من الصداع، وقلة المجهود العضلى، والشعور بالإرهاق، بينما لم يتأثر المحصول المعرفى لديهم. وبعد ثلاثة أشهر من الإصابة تبيّن اختفاء هذه الأعراض فيما عدا ١٧٪ من أفراد العينة ظلوا يعانون من هذه المشكلات.. ويُعزى ذلك إلى الإصابة المتكررة لهؤلاء الأطفال، إلى جانب وجود مشاكل عصبية ونفسية وأسرية.

* دراسة أندرسون وزملائه (Anderson et al., 2000) التى هدفت إلى الكشف عن تأثير إصابة الرأس على قدرة الذاكرة عند الأطفال بعد ٦ و١٢ و١٨ شهرًا من الإصابة، وتكونت عينة الدراسة من (٩٦) طفلاً أصيبوا بإصابات مختلفة فى الرأس، ممن تراوحت أعمارهم بين ٤ و١١ سنة.. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين مدى الإصابة ونسبة الذكاء، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة واضحة بين مدى الإصابة وضعف الذاكرة، ولكنها تأخذ فى التطور بعد مرور ١٢ شهرًا من الإصابة.

* دراسة لويس وميتبرج (Luis & Mittenberg, 2000)، التى هدفت إلى دراسة العلاقة بين القلق واضطرابات المزاج المصاحبة لإصابة الرأس عند الأطفال، وتكونت عينة الدراسة من (٤٧) طفلاً ممن كانت تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٣ سنة.. وتوصلت الدراسة إلى أن الأطفال المصابين قد حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق والاكتئاب، كما توصلت الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات فى التعلم، ونقص فى مهارات التواصل، وعدم التحكم الانفعالى.

ومن العرض السابق لبعض الدراسات السابقة، يتضح أن هناك نُدرة فى الدراسات العربية فى هذا المجال، بالرغم من الآثار السلبية التى تُحدثها إصابة الرأس على المستوى العصَبىّ والنفسى والسلوكى للمُصاب، وكذلك على المستوى النفسى لأسرة الفرد المُصاب.

فروض الدراسة:

١- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإصابة فى الرأس ومستوى القلق بالنسبة لمجموعة الإصابة البسيطة ومجموعة الإصابة المتوسطة، بعد مرور ثلاثة أشهر من الإصابة.

٢- توجد علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإصابة فى الرأس ومستوى القلق بالنسبة لمجموعة الإصابة البسيطة ومجموعة الإصابة المتوسطة، بعد مرور سنتين من الإصابة.

٣- توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، ودرجات أفراد المجموعة الضابطة، على مقياس القلق، بعد مرور ثلاثة أشهر وسنتين من الإصابة فى الرأس لصالح المجموعة التجريبية.

إجراءات الدراسة:

أولاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة التجريبية من ٤٠ مريضًا (٢٦ من الذكور و ١٤ من الإناث) تراوحت أعمارهم بين ٧ و١٤ سنة وقت الإصابة، وتم دخولهم قسم الطوارئ بمستشفى الساحل التعليمى فى الفترة من مايو ١٩٩٩م إلى مايو ٢٠٠٠م، حيث تم فحصهم طبيا وعصبيًا، ثم تم تصنيفهم - بواسطة مقياس جلاسكو للغيبوبة - إلى حالات إصابة بالرأس بسيطة ومتوسطة، وتم استبعاد الحالات شديدة الإصابة لصعوبة متابعتها.. كما تم عمل أشعّة مقطعية على الرأس وقت الإصابة، وتمت متابعة الحالات بعد ثلاثة أشهر، وبعد سنتين، كما تمّ تطبيق مقياس القلق، وقياس نسبة الذكاء، وقياس درجة التحصيل الدراسى، عن طريق تقييم مجموع الدرجات الشهرية.

كما تكونت المجموعة الضابطة من ٤٠ طفلا من الأطفال العاديين، ممن ليست لديهم إصابة بالرأس أو أى مرض جسدى، وتمت مجانستهم من حيث السن (العمر الزمنى)، والجنس، ونسبة الذكاء، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة.

ويوضح الجدول رقم (١) متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، من حيث السن (العمر الزمنى)، ونسبة الذكاء، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة، والجنس.

جدول رقم (١)

متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من حيث السن، ونسبة الذكاء، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة، والجنس

المتغير	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
السن (العمر الزمنى)	١٠,٤٠	٢,٢٥	١٠,٢	١,٧١	٠,٤٥	غير دال
نسبة الذكاء	٧٢,٦٥	١٦,٥٤	٧٤,٧٥	١٥,٦٦	٠,٥٨	غير دال
المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة	٦٧,٣٤	١٣,٢٢	٦٩,٩٥	١٠,٥١	٠,٩٧	غير دال
درجة مقياس القلق	٧٠,٨	٤,٤٢	٧٠,١	٢,٦٥	٠,٨٤	غير دال
الجنس	العدد	٪	العدد	٪	$كا^2$	مستوى الدلالة
الذكور	٢٦	٦٥	٢٤	٦٠		
الإناث	١٤	٣٥	١٦	٤٠	٠,٢١	غير دال

يتضح من الجدول رقم (١) أن قيمة (ت) غير دالة بالنسبة للمتغيرات الأربعة، مما يدل على عدم وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، من حيث السن (العمر الزمنى)، ونسبة الذكاء، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة، والجنس.

كما يوضح الجدول رقم (٢) المقارنة بين أفراد مجموعة الإصابة البسيطة فى الرأس، ومجموعة الإصابة المتوسطة فى الرأس، حسب مقياس جلاسكو للغيبوبة بالنسبة لجنس المصاب.

جدول رقم (٢)

مقارنة مجموعة الإصابة البسيطة والإصابة المتوسطة فى الرأس حسب مقياس جلاسكو للغيبوبة بالنسبة لجنس المُصاب

العبارة	مقياس جلاسكو للغيبوبة						كا٢	مستوى الدلالة
	إصابة خفيفة		إصابة متوسطة		المجموع			
	العدد	٪	العدد	٪	العدد	٪		
الجنس								
الذكور	١٩	٦٣,٣	٧	٧٠	٢٦	٦٥	٠,١٥	غير دال
الإناث	١١	٣٦,٧	٣	٣٠	١٤	٣٥		

ويتضح من الجدول رقم (٢) عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث بالنسبة لمجموعة الإصابة البسيطة ومجموعة الإصابة المتوسطة فى الرأس، حسب مقياس جلاسكو للغيبوبة بالنسبة لجنس المصاب.

ثانياً: الأدوات المستخدمة فى الدراسة:

استخدم الباحثان الأدوات التالية للتحقق من فروض الدراسة:

١ - **مقياس جلاسكو للغيبوبة:** الذى يقيس ثلاثة أبعاد:

(أ) الاستجابة الحركية Best Motor Response، وتتكون من ستة محاور.

(ب) الاستجابة السمعية Best Verbal Response، وتتكون من خمسة محاور.

(جـ) الاستجابة البصرية Eye Opening، وتتكون من أربعة محاور.

وتتوزع درجات المقياس على النحو التالى:

- إصابة الرأس البسيطة من ١٣ - ١٥ درجة.
- إصابة الرأس المتوسطة من ٩ - ١٢ درجة.
- إصابة الرأس الحادة أقل من ٨ درجات (لانجران Langran، ١٩٩٩، ص٣١).

٢- **مقياس تقدير المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية:** الذى قام عبدالعزيز الشخص بإعداده (١٩٩٥)، بهدف الوصول إلى أداة مناسبة يمكن استخدامها فى تحديد مستوى الوضع الاجتماعى- الاقتصادى للأسرة المصرية.. ويعتمد هذا المقياس- فى تحديد هذه المستويات- على المؤشرات (الأبعاد) الآتية:

متوسط دخل الفرد فى الشهر- وظيفة ربّ الأسرة- مستوى تعليم الأب- وظيفة الأم.

ويتضمن المقياس تصنيفًا للأبعاد السابقة على عدة مستويات، هى:

- بُعد الدخل: ويقع فى سبعة مستويات.
- بُعد الوظيفة: ويقع فى تسعة مستويات.
- بُعد التعليم: ويقع فى ثمانية مستويات.

وسوف يتم تحديد المستوى الاجتماعى الاقتصادى للأسرة المصرية باستخدام المعادلة الآتية:

ص= ٢,٢٥٩ + (١,٠١٦) س$_{1}$ + (٠,٨٨٦) س$_{2}$ + ٠,٦٦٢ س$_{3}$

مع التقريب لرقم عشرى واحد، ثم ضرب الناتج ×١٠.. أى (ص × ١٠).

حيث (ص) = المستوى الاجتماعى الاقتصادى المطلوب.

وحيث (س$_{1}$) = درجة متوسط دخل الفرد فى الشهر.

و (س$_{2}$) = درجة وظيفة الأب.

و (س$_{3}$) = درجة مستوى تعليم الأب.

٣- اختبار الذكاء المصوّر (إعداد أحمد زكى صالح) :حيث يعتمد هذا الاختبار على الصور فقط فى قياس نسبة الذكاء، ويتكون من (٦٠) ستين مجموعة من الصور، وتتكون كل مجموعة من خمسة أشكال.. أربعة منها متشابهة فى صفة واحدة أو أكثر، وشكل واحد فقط هو المختلف عن الأشكال الأخرى.. ويطبق هذا المقياس على العمر الزمنى من ٨-١٧ عامًا.

٤- مقياس القلق (إعداد: صلاح الدين عبدالغنى):

ويتضمن هذا المقياس أربعة أبعاد، هى المظاهر الفسيولوجية للقلق، والمظاهر الانفعالية للقلق، والمظاهر العقلية للقلق، والمظاهر الاجتماعية للقلق.

وقد قام الباحث بالإجراءات التالية لإعداد هذا المقياس:

أ - اطلع الباحث على عدد من الدراسات التى وردت بها أدوات قياس القلق.

ب- قام الباحث بتفريغ ما لديه من بيانات فى صورة آراء وبنود، فى جداول خاصة، تمّ

تصنيفها على أساس الأبعاد الأربعة التى روعيت فى تصميم المقياس.. وبعد ذلك تمّت صياغة هذه البيانات فى صورة عبارات بلغ عددها ٦٠ عبارة، بواقع ١٥ عبارة لكل بُعد.

جـ - تَمَّ عرض المقياس بصورته المبدئية، مُرفقًا به التعاريف الإجرائية لأبعاده، على لجنة تحكيم تضمّ مجموعة من أساتذة التربية والصحة النفسية وعلم النفس بكليات التربية.

د- قام الباحث بإعادة النظر فى المقياس، فى ضوء ما أبداه المحكّمون من ملاحظات، مع استبعاد البنود التى لم تحصل على نسبة اتفاق ١٠٠ ٪، وبذلك تم حذف اثنتى عشرة (١٢) عبارة، وصار المقياس يضمّ - فى صورته النهائية - ثمانية وأربعين (٤٨) عبارة، بواقع اثنتى عشرة (١٢) عبارة لكل بُعد.

صدق المقياس:

تحقق الباحث من صدق المقياس بعدّة طرق، على النحو التالى:

أ - **الصدق الظاهرى** (صدق المحكّمين): وقد تمت الإشارة إليه فى الجزء الخاص ببناء المقياس.

ب- **الصدق العاملى**: حيث استخدم الباحث التحليل العاملى، باستخدام معاملات الارتباط بين عبارات المقياس، وكذلك الدرجة الكلية، للتحقّق من سلامة البناء الداخلى للمقياس، فقام الباحث بتطبيق مقياس القلق على عينة قوامُها ٢٠٠ طفل وطفلة، وتم إخضاع نتائج التطبيق للتحليل العاملى، من خلال مصفوفة عاملية من رتبة (٤٨ × ٤٨).. واتضح - من خلال المصفوفة العاملية الناتجة عن التدوير - وجود أربعة عوامل ذات دلالة إحصائية، حيث كان عدد تشبّعات المفردات ذات الدلالة الإحصائية فى كل منها أكبر من- أو تساوى- نصف عدد مفردات المقياس كله، وذلك تبعًا لما افترضه محك فيرنون Vernon (فؤاد البهى السيد، ١٩٧٩، ص٦٣٤).. ويمثل كل عامل منها أحد مظاهر القلق موضوع القياس.. كما أوضح التحليل العاملى قيَم معاملات الارتباط بين مجموع درجات بنود كل بُعد، وبين الدرجة الكلية للمقياس، على النحو الموضح فى الجدول رقم (٣)، والذى يتضح منه أن معاملات الارتباط المحسوبة تتعدّى القيمة الجدولية عند درجة حرية ٢٩٨، لتصبح دالة عند مستوى ٠,٠١ .

جدول رقم (٣)

مصفوفة معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لأبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس

	البُعد الأول	البُعد الثانى	البُعد الثالث		الدرجة الكلية
البُعد الأول	–				
البُعد الثانى	٠,٦١	–			
البُعد الثالث	٠,٧٣	٠,٧٢	–		
البُعد الرابع	٠,٨٢	٠,٦٨	٠,٧٥	–	
الدرجة الكلية	٠,٧٩	٠,٨٦	٠,٨٢	٠,٩١	–

وهكذا أصبح المقياس - بعد إجراء التحليل العاملى - مكوّنًا من أربعة أبعاد، ثبت وجودها عامليًا، حيث يندرج تحت كل بُعد عشر عبارات، ثبتت الدلالة الإحصائية لتشبع كل عبارة منها، من خلال مقارنة القيمة العدّدية لكل تشبُّع منها، بضعف الخطأ المعيارى للتشبع الواحد، وذلك باستخدام معادلة بيرت وبانكس Burt & Banx.

كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة، والدرجة الكلية للبُعد الذى ينتمى إليه، وذلك بالنسبة لأبعاد المقياس الأربعة، كما يتضح فيما يلى:

أ- **المظاهر الفسيولوجية للقلق:** يوضّح الجدول رقم (٤)، معاملات ارتباط درجة العبارة بالدرجة الكلية لبُعد المظاهر الفسيولوجية.

جدول رقم (٤)

معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لبُعد المظاهر الفسيولوجية

م	العبـــــارة	درجة التشبّع	معامل الارتباط
١	أشعر بعدم انتظام ضربات دقات قلبى	٠,٧٦	٠,٦٤
٥	كثيرًا ما أحسّ بالصداع	٠,٥٥	٠,٦٠
٩	أحسّ فى كثير من الأحيان أنى أختنق	٠,٧٠	٠,٦٨
١٣	أعانى كثيرًا من زغللة فى العينين	٠,٤٩	٠,٧١
١٧	أشعر أحيانًا بعدم قُدرتى على الوقوف	٠,٦٦	٠,٥٦
٢١	كثيرًا ما أعانى من تصبّب العرق فى بعض أجزاء جسمى	٠,٥١	٠,٧٠
٢٥	كثيرًا ما أشعر ببرودة فى أطرافى	٠,٤٧	٠,٥٩
٢٩	تتتابنى رعشة فى يدى عند سماعى أخبار غير سارة	٠,٦٢	٠,٤٨
٣٣	أعانى من كثرة اهتزاز رجلى ويدى أثناء الجلوس	٠,٥٨	٠,٦٣
٣٧	أتعب بسرعة عند القيام بأى مجهود	٠,٦٣	٠,٥٥

يتضح من الجدول رقم (٤) عدم انتظام ضربات القلب للطفل، وإحساسه بالصداع والاختناق، كما يؤدى القلق إلى زغللة فى العينين، وعدم قدرة الطفل على الوقوف، وكثرة تصببُ العرق من جسمه، وإحساسه ببرودة أطرافه، ورعشة فى يده، وسرعة الإحساس بالتعب.

ب - **المظاهر الانفعالية للقلق:** يوضح الجدول رقم (٥)، معاملات ارتباط درجة العبارة بالدرجة الكلية لبُعد المظاهر الانفعالية.

جدول رقم (٥)

معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لبُعد المظاهر الانفعالية

م	العبـــــارة	درجة التشبّع	معامل الارتباط
٢	أحسّ بأنى أتعس طفل فى العالم	٠,٦٣	٠,٥٩
٦	أشعر بالتعَب من كثرة التفكير فى حياتنا فى البيت	٠,٥٢	٠,٤١
١٠	أتعرض كثيرًا للكوابيس أثناء النوم	٠,٦٤	٠,٥٦
١٤	أشعر أننى عصبىّ	٠,٤٧	٠,٦٤
١٨	أشعر بأن الحياة ثقيلة	٠,٧٠	٠,٦٨
٢٢	أميل كثيرًا إلى الحُزن والبكاء	٠,٤٨	٠,٤٩
٢٦	أحسّ كثيرًا باليأس	٠,٥١	٠,٤٧
٣٠	أتمنّى لو لم أكن قد وُلدت أساسًا	٠,٦٨	٠,٥١
٣٤	ينتابنى الشعور بالضياع	٠,٦٢	٠,٦٣
٣٨	أعانى من الشعور بالوحدة	٠,٥٧	٠,٤٦

يتضح من الجدول رقم (٥) مدى تأكيد العبارات على المضمون الانفعالى، فالطفولة المُحبطة غير الآمنة تؤدى إلى ظهور القلق لدى الطفل، وإلى شعوره بالنقص والدونية، بالإضافة إلى ظهور بعض الاضطرابات الانفعالية مثل الخوف، والأحلام المزعجة، وسرعة الغضب، والعصبية، والشعور بالوحدة النفسية.

جـ - المظاهر العقلية للقلق: يوضح الجدول رقم (٦)، معاملات ارتباط درجة العبارة بالدرجة الكلية لبُعد المظاهر العقلية.

جدول رقم (٦)

معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لبُعد المظاهر العقلية للقلق

م	العبـــــارة	درجة التشبع	معامل الارتباط
٣	أتوقع أن أرسب فى اختبار آخر العام	٠,٦٠	٠,٧١
٧	لا أقدر على حل المشكلات التى تقابلنى	٠,٦٦	٠,٥٨
١١	لا يوجَد شىء فى الحياة يستحق التفكير فيه	٠,٥٣	٠,٥١
١٥	أخشى الإجابة أمام الزملاء خوفًا من الخطأ	٠,٦٢	٠,٤٩
١٩	أتلجلج عندما أقوم بالرد على أسئلة المدرس فى الفصل	٠,٦٤	٠,٦٣
٢٣	أحتاج لمجهود حتى أركز أفكارى فى شىء معيَّن	٠,٤٩	٠,٥٥
٢٧	لا أستطيع التفكير فى مستقبلى	٠,٧٠	٠,٥٩
٣١	لا يمكننى التصرّف فى المواقف الجديدة	٠,٤٧	٠,٥٧
٣٥	أنا كثير النسيان	٠,٦٤	٠,٤١
٣٩	لا أستطيع متابعة شرح المدرس فى الفصل	٠,٥٧	٠,٦٣

يتضح من الجدول رقم (٦) أن القلق يؤدى إلى اضطراب الحالة العقلية للطفل، وإلى اضطراب فى تكوينه العام، وفى أدائه العقلى، وعلى تحصيله الدراسى، وتوافقه المدرسى.

د - المظاهر الاجتماعية للقلق: يوضح الجدول رقم (٧)، معاملات ارتباط درجة العبارة بالدرجة الكلية لبُعد المظاهر الاجتماعية.

جدول رقم (٧)

معاملات ارتباط العبارة بالدرجة الكلية لبُعد المظاهر الاجتماعية للقلق

م	العبـــــارة	درجة التشبع	معامل الارتباط
٤	لا أستطيع تكوين صداقات	٠,٦٠	٠,٧١
٨	لا أحب الجلوس مع الأطفال الآخرين	٠,٦٦	٠,٥٨
١٢	أفضل الجلوس بمفردى	٠,٥٣	٠,٥١
١٤	أعتقد أن الزواج شىء لا لزوم له	٠,٦٢	٠,٤٩
٢٠	أخجل من مقابلة الناس والكلام معهم	٠,٦٤	٠,٦٣
٢٤	أشعر بالارتباك فى حضور الآخرين	٠,٤٩	٠,٥٥
٢٨	يصعب علىّ الاستمرار فى التحدث مع الآخرين	٠,٧٠	٠,٥٩
٣٢	أخاف أن أفقد معارفى وأصدقائى	٠,٤٧	٠,٥٧
٣٦	أرفض فكرة الزواج عندما أكبر	٠,٦٤	٠,٤١
٤٠	أتجنب مضايقة الآخرين لى	٠,٥٧	٠,٦٣

يتضح من الجدول رقم (٧) مدى تأثير القلق على المظاهر الاجتماعية لدى الطفل، وما يؤديه إلى نقص المهارات الاجتماعية، والتى تقوده إلى العديد من الصعوبات فى الحياة الجتماعية، مثل العزلة عن الآخرين، وعدم القدرة على تلبية أو رفض مطالب الآخرين، وعدم القدرة على استهلال المحادثة مع الآخرين، وعدم القدرة على تكوين صداقات وعلاقات حميمة.

جـ - صدق المقارنة الطرَفية :

تمّ حساب النسبة الحرِجة لدرجات الإرباعىّ الأعلَى والإرباعىّ الأدنىَ على عينة تتكون من ١٠٠ طفل، تم اختيارهم عشوائيًا، حيث بلغت النسبة الحرِجة ١٠,٢، وهذه القيمة دالة عند مستوى ٠,٠١.

ثبات المقياس:

تَحقق الباحث من ثبات المقياس باستخدام طريقة إعادة الاختبار على عيّنة قوامُها ٢٠٠ طالب، وبفاصل زمنى بين التطبيقين بلغ خمسة عشر (١٥) يوما واستُخرجت معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة فى كلا التطبيقين، ويوضح لنا الجدول التالى رقم (٨) نتائج ذلك.

جدول رقم (٨)

معاملات الثبات لأبعاد مقياس القلَق وكذلك معامل ثبات المقياس

البُعـــد	معامل الثبات
المظاهر الفسيولوجية للقلَق	٠,٩١
المظاهر الانفعالية للقلَق	٠,٨٨
المظاهر العقلية للقلَق	٠,٩٠
المظاهر الاجتماعية للقلَق	٠,٨٥
الدرجة الكلية	٠,٩٣

وبذلك توصّل الباحث إلى الصيغة النهائية للمقياس، الذى يتكون من أربعين (٤٠) عبارة، تّم ترتيبُها فيه بصورة دائرية، حيث تتم الإجابة عليها فى صورة استجابات، هى (غالبًا، أحيانًا، نادرًا)، يختار المراهق استجابة واحدة منها، هى الاستجابة التى تعبر عن وجهة نظره بالتحديد، وحيث تقدر (غالبًا) بثلاث درجات، و(أحيانًا) بدرجتين، و(نادرًا) بدرجة واحدة، وبذلك تتراوح درجات المقياس بين ٤٠ درجة و ١٢٠ درجة.

نتائج الدراسة:

تم تفريغ إجابات الطلاب وإدخالها فى الحاسب الآلى فى برنامج الحزم الإحصائية SPSS، واستخدم الباحثان اختبار «ت» (t-test)، ومعامل الارتباط .. وقد أسفرت نتائج التحليل الإحصائى عما يلى:

نتائج الفرض الأول:

ينصّ الفرض الأول على أنه «توجد علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإصابة فى الرأس ومستوى القلق بالنسبة لمجموعة الإصابة البسيطة ومجموعة الإصابة المتوسطة، بعد مرور ثلاثة أشهر من الإصابة».

ويوضح لنا الجدول التالى رقم (١٠) نتائج هذا الفرض.

جدول رقم (١٠)

معامل الارتباط بين شدة الإصابة والقلق بعد مرور ثلاثة أشهر من الإصابة

	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
بعد ثلاثة أشهر	٠,٣٨٢	٠,٠٥

يتضح من الجدول رقم (١٠) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإصابة فى الرأس والقلق بالنسبة لمجموعة الإصابة البسيطة ومجموعة الإصابة المتوسطة، بعد مرور ثلاثة أشهر من الإصابة، وهذا يثبت صحة الفرض الأول.

نتائج الفرض الثانى:

ينصّ الفرض الثانى على أنه «توجد علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإصابة فى الرأس ومستوى القلق بالنسبة لمجموعة الإصابة البسيطة ومجموعة الإصابة المتوسطة، بعد مرور سنتين من الإصابة».

ويوضح لنا الجدول التالى رقم (١١) نتائج هذا الفرض.

جدول رقم (١١)
معامل الارتباط بين شدة الإصابة والقلق بعد مرور سنتين من الإصابة

	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
بعد سنتين	٠,٤١٢	٠,٠٥

يتضح من الجدول رقم (١١) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإصابة فى الرأس والقلق بالنسبة لمجموعة الإصابة البسيطة ومجموعة الإصابة المتوسطة، بعد مرور سنتين من الإصابة، وهذا يثبت صحة الفرض الثانى.

نتائج الفرض الثالث:

ينصّ الفرض الثالث على أنه «توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، ودرجات أفراد المجموعة الضابطة، على مقياس القلق، بعد مرور ثلاثة أشهر وسنتين من الإصابة فى الرأس لصالح المجموعة التجريبية».

ويوضح لنا الجدول التالى رقم (٩) نتائج هذا الفرض.

جدول رقم (٩)
متوسط الدرجات والانحراف المعيارى ونتائج اختبار (ت) للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق بعد ثلاثة أشهر وسنتين من الإصابة

تاريخ الإصابة	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
بعد ثلاثة أشهر	٧٥,٦٦	٥,٢٦	٧٠,٣	٢,٩١	٥,٥٨	٠,٠١
بعد سنتين	٨٦,٤٤	٧,٦١	٧١,٦	٣,٧٨	١٢,١٦	٠,٠١

يتضح من الجدول رقم (٩) ارتفاع درجة القلق لدى الأطفال المُصابين فى الرأس بالمقارنة بالأطفال العاديين، فكلما تقدم الطفل المصُاب فى العمر كلما ارتفعت درجة القلق لديه، ويتضح ذلك من الفروق الدالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين درجات أطفال المجموعة التجريبية، ودرجات أطفال المجموعة الضابطة، وهذا يثبت صحة الفرض الثالث.

مناقشة النتائج:

يلاحظ من الجدول رقم (٩) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإصابة فى الرأس والقلق بالنسبة لمجموعة الإصابة البسيطة ومجموعة الإصابة المتوسطة، بعد مرور ثلاثة أشهر من الإصابة.. كما يلاحظ من الجدول رقم

(١٠) وجود علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإصابة فى الرأس والقلق بالنسبة لمجموعة الإصابة البسيطة ومجموعة الإصابة المتوسطة، بعد مرور سنتين من الإصابة.. كما يلاحظ من الجدول رقم (١١) وجود فروق دالة عند مستوى دلالة ٠,٠١ بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، بعد ثلاثة أشهر، وبعد سنتين من الإصابة على مقياس القلق، لصالح المجموعة التجريبية.. مما يعنى أن إصابة الطفل فى الرأس تُعرّضه لبعض التغيرات الفيزيائية أو الكيميائية، التى قد تُحدث بعض الاضطرابات العضوية، أو القصور الجسمى أو العقلى، مما يؤثر على نفسية الطفل، ويُشعره بالنقص والدونية، ويؤدى إلى ظهور القلق.. فالقلق وعدم الهدوء والاستقرار تؤثر كلها سلبًا على الطفل المُصاب فى رأسه، وتجعل الطفل المُصاب يُعانى من نقص الثقة بنفسه، ونقص تقديره لذاته، وتؤثر على علاقاته الاجتماعية، وعلى تحصيله الدراسى، وعلى شخصيته عامة.

وتلعب الإصابة فى الرأس دورًا مهمًا فى إظهار القلق لدى بعض الأطفال، فقد يعانى بعض الأطفال من مشاعر النقص نتيجة عاهات جسمية بارزة، وقد يعانى الطفل من مشاعر النقص غير الواقعى الذى يتصوره فى أحد أعضاء جسمه ولا يراه غيره، أو عندما يجد نفسه عاجزًا عن أن يحل ما يتعرض له من مشكلات، وما يُصاحبه من انفعالات القلق والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرار أو التصرف فى الموقف، فيبدو عديم الكفاية، ضعيف الثقة بنفسه (ملاك جرجس، ١٩٨٤، ص٥٧).

وتتفق هذه النتائج مع دراسة باسون وزملائه (Bassen et al., 1991) التى توصلت إلى أن الأطفال المصابين فى الرأس يعانون من القلق والاكتئاب والانسحاب الاجتماعى والمخاوف المَرَضية، والاعتمادية، والشعور بالذنب.

كما تتفق هذه النتائج مع دراسة جبرمان (Guberman, 1994)، التى توصلت إلى أن الإصابة البسيطة فى الرأس تؤدى إلى تغير طفيف فى شخصية وسلوك المُصاب، إلى جانب ارتفاع درجة القلق لديه.

كما تتفق مع دراسة مِنكس (Menkes, 1995) التى توصلت إلى أن الأطفال المصابين فى رءوسهم كانوا يعانون من اضطرابات نفسية، مثل سرعة الغضب، وسوء السلوك، واضطرابات النوم، والتبول اللاإرادى، وأن الأسرة والبيئة الاجتماعية تلعبان دورًا مهمًا فى زيادة هذه الاضطرابات.

كما تتفق مع دراسة لويس وميتنبرج (Luis & Mittenberg, 2000)، التى توصلت إلى أن الأطفال المصابين فى الرأس قد حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس القلق والاكتئاب، كما توصلت الدراسة إلى أن هؤلاء الأطفال يعانون من صعوبات فى التعلم، ونقص فى مهارات التواصل، وعدم التحكم الانفعالى.

خلاصة النتائج:

١- إصابات الرأس من المشكلات المتكررة بالنسبة للأطفال.

٢- تقع معظم إصابات الرأس فى فئة الإصابات البسيطة.

٣- بمتابعة الأطفال المصابين فى الرأس، اتضح أن كثيرًا من هؤلاء الأطفال قد تم شفاؤهم من الأمراض العصبية، لكن مجموعة قليلة منهم

ظلت تعانى من مشاكل نفسية لمدة شهور، وربما لمدة أعوام بعد الإصابة.

٤- تؤدى الإصابة فى الرأس إلى زيادة درجة القلق لدى الأطفال.

توصيات الدراسة:

فى ضوء الدراسة وما أسفرت عنه من نتائج، يمكن تقديم التوصيات التالية:

١- العلاج السريع لإصابات الرأس، للإقلال من ظهور المشكلات العصبية والنفسية لدى الأطفال المصابين.

٢- إجراء الأشعة المقطعية والرنين المغناطيسى على حالات الإصابة فى الرأس، حتى ولو كانت إصابة من النوع البسيط، وذلك لمعرفة مدى تأثُر المخ بتلك الإصابة.

٣- المتابعة المستمرة للأطفال المُصابين فى الرأس فى مراكز الطب النفسى لفترات طويلة بعد الإصابة، لمنع حدوث أى اضطرابات نفسية أو سلوكية لدى الأطفال المُصابين.

٤- الاهتمام بالتوعية الإعلامية لتوضيح مدى خطورة الإصابة فى الرأس، والأضرار الجسمية والنفسية المصاحبة لها.

المراجع العربية

١- **أحمد زكى صالح** (١٩٧٨): مقياس الذكاء المصور، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢- **عبد السلام عبدالغفار** (١٩٩٠): مقدمة فى الصحة النفسية، القاهرة، دار النهضة العربية.

٣- **عبدالعزيز الشخص** (١٩٩٥): مقياس المستوى الاجتماعى - الاقتصادى للأسرة المصرية، «دليل المقياس»، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٤- **فؤاد البهىّ السيد** (١٩٧٩): علم النفس الإحصائى وقياس العقل البشرى، ط٣، القاهرة، دار الفكر العربى.

٥- **فيولا الببلاوى** (١٩٨٧): مقياس القلق للأطفال (كراسة التعليمات)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٦- **مجدى عبدالكريم حبيب** (١٩٩١): «القلق العام والخاص، دراسة عاملية لاختبارات القلق»، بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس فى مصر، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٧- **محمود حمودة** (١٩٩١): الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية، والعلاج، القاهرة، مركز الطب النفسى والعصبى للأطفال.

٨- **ملاك جرجس** (١٩٨٤): للأطفال مشاكل نفسية، سلسلة كتاب اليوم الطبى، العدد (٢٤)، القاهرة، دار أخبار اليوم.

المراجع الإنجليزية

9-Andrews T.K., Rose F.D., and Johnson D.A. (1998): "Social and Behavioural Effects of Traumatic Brain Injury in Children", Brain. 12 (2), p. 133-138.

10-Anderson V.A., Catroppa C., Rosenfeld J., Haritou F. and Morse S.A. (2000): "Recovery of Memory Function Following Traumatic brain Injury in Pre-School Children", Brain Inj Aug, 14(8), p. 679-692.

11-Bakay M.N., Glosauer F.E. and Alker G.J. (1980): Head Injury, 1st Ed. p.3-47.

12-Bassen M.D., Guinn J.E. and Mcelligott J (1991): "Behavioral Disturbances in Children after Trauma", Journal oh Trauma, Vol.(31), No.(10), p.1363-1368.

13-Cattelani R., Lombardi F., Brian R. and Mazzucchi A. (1998): "Traumatic brain Injury in Childhood: Intellectual, Behavioural and social Outcome in Adulthood", Brain Injury, 12 (40: p.283-296.

14-Corey, Gerald (1991): Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy, California, Wadswoth, Inc.

15-Corey R. and Scott L. (1995): Scull Fractures Pediatric Neusosurgery. Surgery of The Develophng Nervous System. William R.C., W.B. Saunders Com., Third Edition.

16-Dalton R. and Formam M.A. (2000): Psychiatric Consideration of Central Nervous System Injury, Nelson Text Book of Pediatrics. 16 th Edion W.B Saunders Company.

17-Fromm-Reichmann, Frieda (1960): "Psychiatric Aspects of Anxiety" in: Indentity and Anxiety, Edited by Maurice Stein et al., The Free Press of Glencoe, Illinois, p.129-144.

18-Gade G.F., Becker D.P., Miller I.D. and Dwan P.S. (1996): "Pathophysiology of Head Injury" in: Youmans J.R. Neurological Surgery, 3rd ed. Chapter (66), p.1965-2016.

19-Guberman, A. (1994): Central Nervous System Trauma. An Introduction to Clinical Neurology, New York, LittleBrown and Company.

20-Huffman G.B. (2002): "Minor Head Trauma in Children Younger Than Tow Years" American cademy of Family Physicans, January 15.

21-Langran M. (1999): "Management of Head Injuries. Illustrated Guide to Minor Trauma", Update Egypt, Septemper-October, p. 23-34.

22-Luis C.A. and Mittenberg W. (2002): "ood and Anxiety Disorder following Pediatric Traumatic Brain Injury: A Prospective Study", Journal of Clinical Neuropsychology, 24 (3), p.270-279.

23-Max J.E., Sharma A. and Qurashi M.I. (1997): "Traumatic Brain Injury in a Child Psychiatry Inpatient Population: A Controlled Study", Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 36 (11), p. 1595-1601.

24-May, R. (1950): The Meaning of Anxiety, New York, Roland Press.

25-Menkes J.H. and Kenneth T. (1995): Postnatal Trauma and Injuries by Physical Agents. Textbook of Child Neurology. Williams and Wilkins.

26-Michaud L.J., Rivara F.P. and Jaffe K.M. (1993): "TBH as a Risk Factor for Behavioral Disorders in Children", Arch Phys Med Rehabit, (74), p. 1047-1055.

27-Ponsford J. Willmott C. Rothwell A. (1999): "Cognitive and Behavioral Outcome Following Mild Traumatic Head Injury in Children", Jornal of Head Trauma Rehabit, Aug; 14, (4), p. 360-372.

28-Ruttwr M., Graham P.J. and Yule W. (1970): "A Neuropsychiatric Study in Childhood", Clinics in Developmental Medicine, No 35/36. London SIMP with Heinemann.

29-Sarason, Irwin G. (1975): "Test Anxiety, Attention and the General Problem of Anxiety", in: Stress and Anxiety, Edited by C.D. Spielberger and I.G. Sarason, Vol.1, Washington, Hamisphere Publishing Corporation, p.156-187.

30-Spielberger, Charles D. (1972): "Anxiety and an Emotional State", in: Anxiety: Current Trends in Theory and Research, Edited by C.D. Spielberger, Vol.1, New York, Academic Press, Inc, p. 23-49.

31-Spielberger, Charles D. (1975): "Anxiety: State-Trait Process", in: Stress and Anxiety, Edited by C.D. Spielberger and I.G. Sarason, Vol.1, Washington, Hamisphere Publishing Corporation, p. 115-144.

32-Thomas G.I. (1995): Acute Traumatic Cereberal Injuries in Pediatric Neurosurgery> Surgery of The Developing Nervous System, William R.C., W.B. Saunders Com., Third Edition.

33-Turner D.A. (1996): "Neurological Evaluation of a Patient with Head Trauma Coma Scale", In: Neurosurgery, Wilkins R.H. and Rengachary S.S. (Eds), McGraw-Hill Book Company.

34-Willian A.L. (1988): Organic Psychiatry. Blackwell Scientific Publications, Oxford.